García (Ca)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

ALGUNAS CONSIDERACIONES

SOBRE

LA HIPERTROFIA DE LA MATRIZ

TRABAJO INAUGURAL

POR

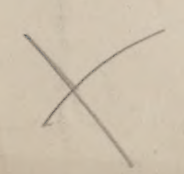
AGUSTIN GARCIA

Alumno
de la Escuela Nacional de Medicina de México.



MÉXICO
IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON
Calle de Lerdo número 2.

1885



A MI BONDADOSA TIA

LA SEÑORA

DOÑA MARIA DEL CARMEN GARCIA

A QUIEN DEBO UNA SOLICITUD MATERNAL

A MIS QUERIDOS PRIMOS

EL SEÑOR

LIC. D. MIGUEL VIVEROS

Y

D. CRESCENCIO VIVEROS

AL SEÑOR DOCTOR

DON MANUEL GUTIERREZ

---

*
* *

Entre los diversos asuntos patológicos cuyo estudio ha tomado notable incremento en estos últimos años, el de la ginecología es, sin duda, el principal y el que ha llamado más vivamente la atención de los médicos.

Si buscamos detenidamente la causa de esta predilección, la encontraremos en la grandísima importancia del asunto, pues bien sabido es que entre las circunstancias que contribuyen para hacer más importante el estudio de las enfermedades, su frecuencia, la dificultad de su diagnóstico y su gravedad, están en primer término, y son las que despiertan mayor interés para la observación clínica.

Nadie ignora que las enfermedades de las mujeres, pero particularmente las uterinas, se presen-

tan con mucha frecuencia en la práctica; á cada paso nos encontramos con estados morbosos complexos cuyos síntomas predominantes son los generales, como perturbaciones digestivas, nerviosas, nutritivas, y que ocultan casi siempre por completo la afección local, pudiendo inducir á un error, no solamente á la enferma, sino al mismo médico.

Hablando de la frecuencia de dichas enfermedades, Vigaroux se expresa en los siguientes términos: "El mayor número de las enfermedades que afectan al sexo femenino, está bajo la dependencia del aparato genital y principalmente del útero."

La multiplicidad y variedades que toman, constituyen el escollo principal con que tropezamos para su diagnóstico; un interrogatorio bien dirigido, una observación rigurosa y una exploración hecha con minuciosidad, son los elementos principales de que disponemos para salvar las dificultades que se nos presenten, y que son debidas á que no siempre los síntomas uterinos son los dominantes, y á que la enfermedad se manifiesta lentamente el mayor número de veces.

Lisfranc ha dicho: "Por su estado casi latente, por la gran variedad de sus síntomas tan frecuentemente fugaces y pasajeros, por las simpatías numerosas que ejercen sobre toda la economía, y, en fin, por las modificaciones profundas y por la movilidad increible que imprimen al sistema nervioso, las enfermedades del útero exponen al médico á

cometer numerosos y frecuentes errores de diagnóstico."

"El mejor medio de evitar estos errores es investigar la causa del padecimiento" dice Courty.

Si pasamos á estudiar la gravedad de las afecciones uterinas, notaremos que depende de las complicaciones numerosas á que dan lugar, las cuales designaremos más adelante. Sirvan solamente las siguientes palabras de T. Gaillard Thomas, para apreciar la gravedad de dichas enfermedades: "Ningún trastorno grave del útero persiste mucho tiempo, sin alterar en mayor ó menor grado la salud general."

Ocuparme de todos los procesos morbosos de la matriz, sería muy laborioso, y ni mi aptitud ni el tiempo de que dispongo me lo permitirían: Elegir una de las afecciones que estuviera menos conocida y que á menudo se nos presente, con objeto de prestar un servicio, aunque pequeño, á la ciencia, tal ha sido mi propósito.

La hipertrofia del útero, que observamos á cada paso y que trae consigo infinidad de trastornos y complicaciones, hizo que fijase en ella mi atención. Su variada etiología, su espinoso diagnóstico y el deseo de aplicar, para combatirla, una terapéutica racional, me decidieron á emprender tan difícil tarea, sintiendo únicamente que sea un leve bosquejo el que presento á mi respetable Jurado.

*
* *

La palabra hipertrofia que viene de υπερ sobre, τροφή nutrición, consiste en el aumento de peso y volumen de un órgano, sin alteración real de su estructura íntima; no debe confundirse con la hiperplasia, porque en ésta hay formación de elementos nuevos de la misma naturaleza, que se interponen en el tejido primitivo, mientras que en aquella sólo hay aumento en la magnitud de los ya existentes.

Se estudian en patología dos clases de hipertrofia: la esencial (primitiva de Scanzoni) y la sintomática, secundaria del mismo autor, que resulta de la presencia de otros estados morbosos á los cuales se liga íntimamente y que desaparece con ellos.

Nos ocuparemos solamente de la primera:

La hipertrofia esencial rara vez se desarrolla sin que un estado morboso, preexistente en el útero, haya puesto á este órgano en las condiciones necesarias para que pueda producirse dicha enfermedad. Considerando estas condiciones como su causa, podemos decir que es la consecuencia de congestiones repetidas, especialmente las activas; de la metritis crónica, de la dismenorrea, del infarto,

y sobre todo de la subinvolución uterina. Como las principales de estas causas son la congestión activa, la metritis crónica y la subinvolución, á ellas me limitaré en la etiología.

La congestión es la acumulación persistente de la sangre en los vasos del útero, principalmente en los capilares. Cuando se prolonga largo tiempo trae consigo alteraciones materiales en el órgano afectado, las que están en relación con la persistencia de la hiperemia y varían según su sitio y su intensidad; si la congestión se localiza en el tejido muscular uterino, el trabajo de nutrición será más activo, manifestándose dicha actividad por el aumento de volumen de sus elementos constitutivos.

La manera de explicar este fenómeno consiste en que la fluxión produce en el órgano únicamente un aumento en su vitalidad, cuyo término es la hipertrofia.

El mecanismo que origina el proceso hipertrófico en la metritis crónica, difiere del que acabamos de estudiar, en que interviene otro factor que se considera como el principal: la irritación nutritiva de Virchow. Bajo la influencia de este agente, los dos elementos que concurren á la producción del estado inflamatorio, se ponen en actividad; éstos son: el desorden vascular y el desorden celular de Jaccoud, produciendo el primero la fluxión y el segundo la hipertrofia é hiperplasia.

El mayor aflujo de sangre y el estímulo irritati-

vo, hacen que los elementos componentes del órgano aumenten de volumen y proliferen; continuándose este trabajo y faltando la resolución, resulta una exuberancia de tejido conjuntivo que, llegado cierto momento, impide la nutrición de dichos elementos, ya por compresión ó ya por el obstáculo que pone al curso de la sangre en los capilares. Cuando el desarrollo del nuevo tejido es perfecto, adquiere la propiedad de retractilidad, en virtud de la cual comprime los elementos del parenquima uterino, y ocupa su lugar, produciendo por último la induración.

En resumen, si la metritis crónica origina al principio la hipertrofia de la matriz, el resultado final es su esclerosis.

La subinvolución uterina es entre las causas que producen la hipertrofia esencial, la más importante, la más frecuente y la menos buscada.

El primero que llamó la atención del mundo médico sobre este estado patológico, fué Sir James Simpson, en 1852.

Se da el nombre de subinvolución uterina á la interrupción en la metamórfosis retrógrada que tiene lugar en el útero después del parto.

Antes de hacer el estudio de esta enfermedad, creo conveniente recordar, en pocas palabras, los principales fenómenos que pasan en el útero durante la gestación y después en los primeros dias del puerperio.

La matriz en su estado normal está compuesta 1º: de fibras musculares lisas; 2º: de núcleos redondos ú ovóideos, que se supone son fibras musculares elementales; 3º: de tejido conjuntivo amorfo; 4º: de tejido fibroso blanco; 5º: de tejido fibroso elástico. Además, existen vasos sanguíneos, linfáticos, nervios, y el todo cubierto de una capa serosa al exterior, y tapizado de una mucosa al interior.

Desde el momento en que tiene lugar la concepción, el órgano empieza á desarrollarse con rapidez, lo que es debido al crecimiento gradual de sus elementos primitivos y á la formación de otros nuevos; las fibras musculares elementales se transforman en fibras musculares completas, éstas aumentan en potencia y longitud, aparecen nuevas fibras musculares, el tejido conjuntivo prolifera y los vasos sanguíneos aumentan en número y en diámetro.

Durante las cuarenta semanas de la gestación, el útero crece cerca de 75 milímetros en longitud y 44 milímetros en latitud, hasta tener de 30 á 40 centímetros de largo por 22 á 25 centímetros de ancho; su peso aumenta de 60 á 750 y aun 900 gramos; la cavidad uterina que, antes de la fecundación, tenía menos de 25 milímetros cúbicos, al llegar al término del embarazo mide 6½ decímetros cúbicos; la superficie del órgano aumenta de 30 á 36 centímetros cuadrados, hasta cerca de 2,257 centímetros cuadrados, y por último, el líquido conte-

nido en la cavidad que, en el estado normal, no pasaría de 3 á 6 gramos, al fin del embarazo llega á 3,400, y aun 4,300 gramos.[1]

Expulsado el producto de la concepción, empieza á verificarse un trabajo en sentido inverso del que acabamos de estudiar, y que tiene por objeto restituir al útero su volumen primitivo.

Este trabajo, que constituye la evolución uterina retrógrada, se efectúa en dos tiempos: uno que consiste en la infiltración grasosa de las fibras musculares, y que generalmente empieza pasado el cuarto dia después del parto, y otro de reabsorción de las fibras que han sufrido dicha infiltración; á medida que se producen estos fenómenos, el peso y el volumen de la matriz disminuyen, y al fin de la octava semana ha recobrado su composición histológica y sus dimensiones normales. En suma, según Burdach, hay una hipertrofia ó una transformación progresiva durante el embarazo, una atrofia ó una transformación regresiva después del parto.

Tales son, á grandes rasgos, los principales fenómenos que se observan durante el embarazo y después de la desocupación del útero; pero no siempre se suceden con la misma regularidad: la marcha del proceso de retracción puede ser retardada ó interrumpida, las paredes uterinas permanecen fláxi-

1 Simpson Clínica de obstetricia, pág. 555.

das y el órgano conserva un estado de hipertrofia permanente.

¿Cuál es la razón de este fenómeno? Sabemos, desde Heschl, que el útero, después del parto, sufre una degeneración grasosa tan completa, que no queda una sola de las fibras que formaban este órgano antes del trabajo; en la cuarta semana se observan, en la capa exterior de la sustancia uterina, los primeros rudimentos de la formación nueva; las venas y los capilares, después de dejar de ser permeables á la sangre por efecto de la contracción uterina, sufren á su vez la degeneración grasosa.

Si las fibras musculares permanecen en el estado de transformación grasosa, si su reabsorción se interrumpe, si el trabajo de nutrición normal se efectúa en el útero cuya involución se ha suspendido, si la asimilación es igual á la desasimilación, en este caso el volumen del útero no disminuye, el espesor de sus paredes se conserva, persiste la densidad de su tejido, contribuyendo todas estas condiciones para que el órgano permanezca en su estado anterior, es decir, hipertrofiado.

Efectivamente, todos los ginecologistas atribuyen á las causas mencionadas la explicación de este fenómeno. Dice el Dr. West: "Aunque se verifica la transformación grasosa de los tejidos, la eliminación del material inútil no se lleva á cabo de una manera perfecta, y los elementos mismos del nuevo

útero sufren igual alteración luego que son producidos."

El Dr. Snow Beck se expresa en los siguientes términos: "El estado esencial del órgano consistía en que los elementos de los distintos tejidos conservaban en cierto grado la hipertrofia natural consecutiva á la fecundación. Mas esta hipertrofia, más bien que al aumento de volumen de las celdillas fibrosas contráctiles, era debida al aumento de volumen y de cantidad de tejido blando existente en las paredes, como también en la superficie interna de la matriz."

*
* *

Los síntomas por los cuales se nos revela la enfermedad, son racionales ó subjetivos, y sensibles ú objetivos. Los subjetivos se dividen en generales y locales:

I. Los síntomas generales son los que acompañan á la mayor parte de las enfermedades uterinas; comunmente se presentan en el orden que voy á seguir para su descripción, advirtiendo que no todos son constantes, pueden faltar algunos; pero me ha parecido que haciendo el interrogatorio como voy á exponerlo, se llega con más facilidad al diagnóstico del padecimiento.

1º Las perturbaciones digestivas son las que primero llaman la atención de las pacientes: casi todas se quejan de náuseas, falta de apetito, gustos caprichosos, y más especialmente de un debilitamiento y una dificultad creciente en la digestión, que se acompaña de malestar, sensibilidad en el epigastrio, distensión ó hinchamiento del estómago que, por lo regular, es debido á un desarrollo exagerado de gases. A este estado sucede, algunas veces, una verdadera dispepsia que es puramente simpática de la enfermedad uterina, pues no se encuentran los caracteres de la dispepsia verdadera; efectivamente, la lengua está normal y en buen estado, no está seca ni presenta piqueteo rojo, raras veces está saburral ó biliosa. A un grado más avanzado pueden presentarse vómitos, algunas veces bajo la forma de accesos, ya durante ó después de la comida.

2º Las perturbaciones nerviosas no son raras y se producen de dos maneras: ó directamente por la irritación simpática, efecto del estado morboso de la matriz, ó indirectamente por alteración ó empobrecimiento de la sangre; pueden atacar la sensibilidad ó la motilidad.

Entre las perturbaciones de la sensibilidad, las más frecuentes son la anestesia, las neuralgías y las neurosis. Se suele observar la anestesia uterina que se traduce por el estado inerte del órgano; en este caso, la mujer no experimenta deseos sensua-

les ni sensación voluptuosa durante el coito, poniendo un término prematuro á la vida sexual de la mujer.—*Courty.*

La gastralgía, cardialgía, neuralgías intercostal y lombo-abdominal, dolores sordos ó agudos en los senos, se presentan con frecuencia en el presente estado morboso.

Entre las neurosis se sabe que la histeria es la que más comunmente acompaña á las afecciones de la matriz, y aunque no es una enfermedad que dependa directamente del útero, sí puede ser causada por una alteración de este órgano.

Las perturbaciones de la motilidad son raras; sin embargo, ¿no podemos atribuirles los vómitos, los accesos de dispepsia, las palpitaciones y la tos que Aran llama uterina?

3º La alteración en las funciones digestivas y nerviosas, traen como consecuencia las perturbaciones de la nutrición. La cloro-anemia, cuyos síntomas son tan conocidos, se acompaña de un enflaquecimiento progresivo y un debilitamiento general. Las enfermas toman una actitud especial: inclinación del cuerpo hacia adelante, la cabeza en flexión, alteración de las facciones que expresan el sufrimiento, la mirada lánguida, la fisonomía sin expresión, color pálido y todo lo que anuncia una vejez anticipada. A este conjunto tan característico se le ha dado el nombre de *facies uterina.*

II. Los síntomas locales son: un dolor sordo en

la pelvis, sensación de pesantez en el perineo, leucorrea, metrorragias unas veces y otras amenorrea.

El dolor aparece bajo la influencia de sacudidas ó presiones que se ejercen en el órgano por cualquier movimiento: la marcha, los diversos ejercicios del cuerpo ó la exploración; se localiza con frecuencia al nivel de las fosas iliacas, principalmente la izquierda, irradiándose hacia el hipogástrio, la región lombar correspondiente, el estrecho superior de la pequeña pelvis y la excavación; se le ha dado el nombre de *dolor iliaco.* Courty explica la producción de este dolor de la manera siguiente: "El útero hipertrofiado bajo una influencia patológica cualquiera, llega á ser más pesado; su inclinación normal hacia la derecha y adelante se exagera; estira necesariamente el ligamento ancho del lado izquierdo, y este estiramiento basta en todos los casos para provocar el dolor iliaco izquierdo."

La leucorrea es otro de los síntomas locales de la enfermedad de que venimos tratando. Recordaré en pocas palabras los caracteres de las secreciones vulvar, vaginal y uterina.

El mucus vulvar es transparente, hilante ó viscoso, de olor y reacción ácida; contiene epitelio nuclear mezclado á restos de pavimentoso, su excreción es continua ó intermitente. El mucus vaginal es blanco, lechoso, sin viscosidad, de reacción ácida, su excreción es continua, la masa de los elementos só-

lidos (celdillas pavimentosas) predomina sobre la de los elementos líquidos. El mucus uterino es un líquido albuminoso, muy hilante, viscoso, algunas veces tenaz, análogo á la clara del huevo, de reacción alcalina, su excreción es intermitente, encierra celdillas de epitelio cilíndrico ó vibrátil y glóbulos mucosos; el del cuello es más tenaz y encierra mayor cantidad de celdillas vibrátiles que el del cuerpo. La leucorrea vulvar es más frecuente en la infancia, la vaginal en las jóvenes, y la uterina en las mujeres de edad mediana ó avanzada.

La leucorrea puede ser debida á un aumento en la secreción, á una alteración de ella ó á su mezcla con otros líquidos; en la primera conserva los caracteres que acabamos de describir; en las otras, su coloración y demás caracteres histológicos cambian por completo. Se debe investigar si es ligera ó abundante y si viene acompañada de algunos otros síntomas como dolor de estómago, estiramientos en la región lombar, dorsal, etc.

Para apreciar en su verdadero valor la metrorragia y la amenorrea, siempre se debe tomar como punto de partida la menstruación; interrogaremos su regularidad, su duración, su abundancia, la coloración de la sangre y su naturaleza; en caso de metrorragia, si ésta es espontánea ó provocada por cualquier medio.

Además de los síntomas mencionados, existen otros que dependen de las complicaciones á que da

lugar la hipertrofia uterina; así la dificultad en la defecación nos anuncia, en las mujeres que no están habitualmente constipadas, una desviación hacia atrás de la matriz. La causa de esta constipación es mecánica; la circulación en el recto es impedida á consecuencia de la presión que sufre, y como ésta es constante, el estado congestivo persiste, llegando algunas veces hasta producir una rectitis, notándose la diarrea en este último caso; pero no debe olvidarse que el primer efecto de la retroversión ó retroflexión del útero, es una constipacion tenaz.

Las materias solamente son arrojadas con ayuda de lavativas y por esfuerzos repetidos, y salen cubiertas de un moco más ó menos espeso. La acumulación de las materias fecales produce una distensión intestinal que puede producir una parálisis; cuando su permanencia en el intestino ha sido prolongada, se descomponen, y absorbiéndose dan lugar á un trastorno general llamado *copremia* por Barnes.

La dificultad en la micción se produce por el mismo mecanismo, sólo que aquí el útero desviado hacia adelante comprime la vejiga ó la uretra. La enferma tiene ganas frecuentes de orinar, y después de algunos esfuerzos logra arrojar algunas gotas de orina; cuando se prolonga este estado sobreviene una cistitis, añadiéndose entonces á la disuria, el dolor á la presión por el hipogastrio ó la pelvis, estranguria, tenesmo vesical y la excreción de

una cierta cantidad de orina sanguinolenta. El examen del líquido en estos casos no debe olvidarse: existen depósitos coposos, viscosos, mucosos ó muco–purulentos, y además cristales de fosfato amoniaco–magnesiano.

El estado anormal de la matriz predispone también á la erosión granulosa del cuello uterino, causa tan común de la menorragia, á las fungosidades de la mucosa que producen flujos leucorreicos, abundantes y sanguinolentos.

Los síntomas sensibles son los que nos da la exploración; el interrogatorio nos ha conducido al diagnóstico absoluto de la enfermedad uterina; el examen directo nos dará el diagnóstico diferencial.

Cuatro son los medios que poseemos para llegar á este fin: la palpación, el tacto, el examen con el espejo y el cateterismo; todos ellos asociados nos aseguran, en la mayoría de los casos, la certeza del diagnóstico.

I. Una precaución indispensable para que la palpación nos proporcione datos exactos, es la evacuación de la vejiga por la micción ó, en los casos de obstáculo á la salida de la orina, por el cateterismo. Desde luego se apreciará si hay elevación de temperatura en el hipogastrio, para lo cual es preciso que la mano del médico se ponga en equilibrio con la temperatura del cuerpo de la enferma; llevando las manos en todas direcciones, se notará si hay cam-

bio en el volumen del vientre, y si ésto es debido á la hipertrofia de la matriz, á la presencia de tumores pelvianos, á la existencia de un derrame en la cavidad peritoneal, ó á un estado timpánico de los intestinos; deprimiendo los tegumentos se provoca muchas veces dolor, principalmente hacia la fosa iliaca izquierda, según hemos dicho; sucede con frecuencia que elevando la masa intestinal se disminuye el dolor sordo, gravativo, que causa la hipertrofia, volviendo á aparecer tan luego como descienden los intestinos, con especialidad si se dejan caer bruscamente; ésto tiene su importancia, porque nos da la presunción de que el uso de una faja hipogástrica será muy útil á la enferma, preservándola de esta dolorosa presión.

II. La manera de hacer el tacto es bien conocida, razón por la cual paso por alto el manual operatorio; puede hacerse estando la mujer en pié ó acostada. En uno y otro caso nos permite saber el estado de las partes, comenzando por las inferiores hasta llegar al cuello del útero; debe ser hecho con mucho cuidado para notar el estado fisiológico ó patológico de los grandes y pequeños labios, el orificio vaginal, la temperatura de la vagina, su sequedad ó humedad y sus rugosidades; en el cuello se debe investigar: 1º su volumen, que es mayor en la hipertrofia; 2º su consistencia, que también es mayor; 3º el cambio de dirección que nos indica un estado de dislocación uterina, para lo cual de-

bemos tomar como punto de partida el lado hacia el cual esté dirigido el orificio: sin este dato es muy fácil confundirse cuando existe diferencia de volumen entre sus dos labios; 4º su movilidad ó inmovilidad, distinguiendo la que es debida al cuello solamente, de la que es debida al útero en su totalidad; en la hipertrofia de la matriz, la movilidad está disminuida, y 5º las desigualdades de su superficie, en caso de fungosidades. El tacto en la posición vertical es muy favorable para apreciar el peso del útero hipertrofiado; además, nos da positivos datos sobre el abatimiento y las dislocaciones del órgano que se exageran de una manera notable en la estación dicha. El tacto practicado estando la mujer acostada, debe hacerse después del vertical, nos permite apreciar la distinción entre los tumores uterinos y las dislocaciones de la matriz. Combinado con la palpación, es el medio más seguro para el diagnóstico; no debe olvidarse en estos casos el examen de los fondos de saco anterior y posterior.

Acabada la exploración y retirado el dedo, se debe examinar si está teñido con sangre, lo que nos indicaría la existencia de fungosidades, tan comunes en la hipertrofia, en cuyo caso habría también una ligera hemorragia después del tacto.

El tacto rectal es muy útil para completar la exploración digital, nos permite reconocer las retroflexiones ó retroversiones, distinguiéndolas de los

tumores de la pared uterina posterior; además, combinado con la palpación hipogástrica, se pueden estudiar la cara posterior, el fondo y los bordes de la matriz, el volumen, la consistencia, la sensibilidad y la movilidad del útero hipertrofiado.

III. El examen con el espejo rectifica ó ratifica los datos formados por el tacto; además, nos pone de manifiesto la naturaleza y abundancia de las secreciones, la forma del orificio, el color del cuello y sus ulceraciones.

Sucede con frecuencia que el examen del cuello no puede ser hecho por la existencia de una gran cantidad de moco: basta limpiarlo con un poco de algodón; si es muy adherente, se le desprende con inyecciones de agua tibia, y en último caso se le emulsiona con una yema de huevo, según el consejo de Pajot; hecho esto, puede comprimirse el fondo del útero con el objeto de notar si sale alguna cantidad de líquido leucorréico, para estudiar su naturaleza. La forma del orificio tiene también su importancia; examínese si está abierto ó cerrado y si hay alguna desgarradura del cuello: esta última circunstancia es muy interesante. Gaillard Thomas la coloca en primer lugar entre las complicaciones que acompañan más frecuentemente á la hiperplasia areolar (metritis crónica), y que, como hemos dicho, es una de las principales causas de la hipertrofia uterina. El mencionado autor se expresa en los términos siguientes: "Antes de em-

pezar el tratamiento conviene buscar, á fin de suprimirlas si existen, las cinco complicaciones que enumero á continuación, y que, compañeras frecuentes de la hiperplasia areolar, producen síntomas que agravan sobremanera los males consecutivos á aquella. Yo las miro siempre como muy culminantes. 1º La desgarradura del cuello del útero, origen de una intensa irritación nerviosa, inmediata y refleja, y la consiguiente congestión y neuralgía uterina," y más adelante: "Siempre debe buscarse la desgarradura del cuello, que expone las delicadas paredes de su cavidad, al roce con la vagina, por ser muchas veces no sólo una circunstancia concomitante, sino, en mi opinión, causa de este estado morboso por estorbar la involución. No debe suponerse que el simple examen con la vista basta para descubrirla, porque muchas veces se ha continuado por largo tiempo la aplicación de cáusticos y alterantes á las paredes rojas y escoriadas del cuello, creyéndose combatir una ulceración. Para cerciorarse del estado verdadero de las partes, se fija una erina ó tenáculo en cada labio del hocico de tenca, y se aproximan éstos de modo que presenten á los ojos del operador la configuración normal del cuello según existía antes del accidente."

El color del cuello generalmente es de un rojo vinoso ó violáceo; este cambio de coloración, unido á los cambios de volumen, peso y consistencia del órgano, puede indicarnos el estado hipertrófico: sin

embargo, es de advertir que estos mismos fenómenos existen algunos dias antes y después de la menstruación, por lo cual el examen debe ser hecho en distintas ocasiones. Las ulceraciones y las fungosidades del cuello son puestas de manifiesto por el espejo, es el medio más seguro de que disponemos para su exacto diagnóstico.

IV. El cateterismo es el principal medio de exploración de la cavidad uterina.

El uso de la sonda se conoce desde los tiempos más remotos. Hipócrates hace mención de ella, según la obra de Gallard; Aecio, en caso de dislocaciones del útero, aconseja se rectifiquen *specillo et digito*, y recomienda la introducción de la sonda uterina para su reposición; Wieurus, en 1657, describió un estilete que se usaba como ahora la sonda; Hilken, Cooke, hacen alusión al mismo instrumento; Levret practicó el cateterismo uterino, con una sonda de ballena, para apreciar matemáticamente la profundidad de la matriz; Samuel Lair, en 1828, leyó á la Academia de Medicina de París una memoria aconsejando la sonda uterina; en 1843 este instrumento fué utilizado como medio de diagnóstico: se ha atribuido el honor del descubrimiento á Simpson, de Londres, á Huguier, de París, y á Kiwisch, de Praga.

La sonda uterina es uno de los instrumentos más útiles; manejada prudentemente es del todo inofensiva, y puede ser empleada con perfecta segu-

ridad: si algunas veces ha ocasionado serias consecuencias, ésto es debido á la poca destreza del operador ó á su empleo inoportuno.

El embarazo, la menstruación, un estado inflamatorio, la supuración de la mucosa, una ovaritis, una pelvi–peritonitis, el reblandecimiento del tejido uterino, el estado de la matriz en las primeras semanas que siguen al parto, la tuberculosis y el cáncer de las paredes uterinas, son estados que contraindican su empleo; fuera de estas circunstancias, el cateterismo no presenta ningunos peligros; si en algunos casos se nota molestia ó dolor al ejecutarlo, tales síntomas deben ser considerados como anormales, y buscando la causa que los produce, se encontrará el signo de un estado morboso de la porción del órgano, con el cual la punta del instrumento está en contacto.

La manera de hacer el cateterismo es la siguiente:[1] "la enferma puede estar colocada sobre el dorso ó sobre el lado izquierdo. Si está sobre el dorso, el índice de la mano derecha es introducido en la vagina y su extremidad puesta en contacto con el orificio del hocico de tenca, de manera que guie la punta del instrumento; éste es tenido con la mano izquierda, su extremidad abotonada desliza á lo largo de la cara palmar del dedo colocado en la vagina, y dirigido por él al orificio uterino. Si la pa-

1 Simpson. Clínica de Obstetricia, pág. 575.

ciente está colocada de lado, debe tener el cuerpo atravesado sobre el lecho, posición que facilita las manipulaciones exigidas para el tacto ordinario y para el examen por la sonda y el espejo; en este caso, el índice de la mano izquierda sirve de guía hacia el orificio uterino, y el instrumento es tenido y dirigido por la mano derecha En algunos casos en que las partes están muy relajadas y el cuello algo desalojado, la introducción de la bugía es facilitada si se pasa á la vez el índice y el medio en la vagina, fijando con éstos el hocico de tenca en el eje de las vías genitales, y deslizando el instrumento á lo largo de la ranura que forman hasta el orificio. Cualquiera que sea la manera de guiar la sonda hasta éste para franquearlo, progresa en seguida generalmente con facilidad, bajo la influencia de una ligera fuerza de propulsión, á lo largo de las paredes del cuello y del cuerpo, hasta que, como lo muestra la saliente colocada sobre el tallo, su extremidad haya llegado al fondo del órgano. Algunas veces la punta del instrumento es ligeramente detenida á cerca de dos centímetros del hocico de tenca, por el estrechamiento natural que existe entre la cavidad del cuello y la del cuerpo; este obstáculo es fácilmente vencido por una ligera impulsión, y si no surte, se puede retirar un poco la punta de la sonda y modificar el sentido del movimiento. La dirección que el instrumento seguirá naturalmente al franquear el canal uterino, debe

siempre tenerse presente. En las condiciones normales, el útero y la vagina forman un ángulo considerable: el primero se dirige hacia arriba y al mismo tiempo hacia adelante, variando su inclinación, aunque poco, con los grados variables de distensión de la vejiga y del recto. Suponiendo el órgano en su posición natural, la concavidad de la sonda estará dirigida hacia adelante, hacia las paredes del abdomen, ó en otros términos, estaría introducida según la misma dirección que en la mayor parte de las otras maniobras practicadas en esta parte del cuerpo, es decir, según el eje del estrecho superior de la pelvis."

Introducida la sonda, no se debe apoyar con fuerza su extremidad contra las paredes, por temor de contundirlas ó perforarlas; aunque estas perforaciones no sean seguidas de graves accidentes, como lo aseguran Dupuy, Demarquay, Martín, Mayer, Hoening, Hildebrandt, se debe pensar, dice Courty, que existen diferencias considerables de una mujer á otra, que son debidas á la sensibilidad del útero y á la repercusión de sus traumatismos; por tal motivo el cateterismo combinado á la palpación, no se debe hacer sino en casos muy necesarios y siempre con la mayor prudencia.

Tomadas estas precauciones y ejecutándolo con la delicadeza necesaria, el cateterismo es un complemento indispensable de los otros medios de exploración, y por el cual se nos permite llegar, en

un gran número de casos, á un diagnóstico preciso.

"Ningún caso de afección uterina debe considerarse como debidamente examinado, si no se ha sondeado la cavidad de la matriz," dice Gaillard Thomas. "Es imposible practicar seriamente la ginecología, sin hacer uso habitual del cateter uterino, tanto como del espejo."—Courty.

Por medio de tan precioso instrumento, podemos apreciar la capacidad del útero, la existencia de tumores en su cavidad y las desviaciones.

En los casos de hipertrofia uterina la capacidad del órgano está aumentada, pero deben tenerse presentes las variaciones individuales de volumen, el exceso congénito de desarrollo orgánico y el crecimiento de la matriz durante la época que precede á la menstruación, en cuyo caso es debida á la hipertrofia y dilatación de los senos uterinos.

La cavidad del útero, en su estado normal, mide 6 á 7 centímetros de profundidad; desde el momento en que por medio de la sonda se obtienen mayores dimensiones, el órgano se considera hipertrofiado. Si la hipertrofia dependiere de una subinvolución, el útero llegará á tener colosales dimensiones; subinvolución es el nombre que dan los autores ingleses al caso en que el útero de la mujer recién parida se ve muy aumentado de volumen; llamándolo metritis crónica si, años después del parto, han disminuido algún tanto las dimensiones del órgano, pero sin llegar á recobrar las normales.

En los casos de hipertrofia simple de la matriz, la sonda no encuentra obstáculos á su paso, sirviendo ésto para distinguirla de la que es producida por algún cuerpo extraño como la hematometría, y principalmente los fibromas; la causa de la hipertrofia en estos casos es debida á la irritación continua que producen en el tejido uterino, provocando contracciones incesantes y cólicos, mientras que en la que es independiente de estas causas faltan los esfuerzos expulsivos y existen solamente dolores sordos y continuos causados por la congestión lenta y persistente del órgano.

Hemos dicho que el útero fisiológico está inclinado hacia adelante; sabemos también que las desviaciones de este órgano son una de las complicaciones más frecuentes del estado hipertrófico: estos datos nos servirán para saber la dirección que se debe dar á la sonda, la que nos indicará el grado y la naturaleza de estas desviaciones según el sentido hacia el cual tienda á colocarse su extremidad libre; para facilitar la exploración en los casos de desviaciones excesivas, la sonda debe estar construida con un metal que se pueda fácilmente doblar sin riesgo de ruptura: las de plata ó cobre plateado muy flexibles, llenan perfectamente esta condición.

Para dar á la sonda la curvatura necesaria, se utilizarán los datos que el tacto unido á la palpación nos ha suministrado, pues solamente por es-

tos medios es posible calcular aproximadamente el grado de la desviación y el sentido en que se ha verificado; creo inútil recomendar que en estas circunstancias, el cateterismo debe ser ejecutado con muchísimas precauciones, teniendo siempre presentes las reglas para efectuarlo y los casos que contraindican la operación.

Si la sonda uterina nos proporciona el medio de hacer el diagnóstico diferencial entre la hipertrofia y la existencia de cuerpos extraños en la matriz, en otros estados del órgano, con los cuales puede confundirse, no nos da datos seguros, y á veces su empleo puede ser de fatales consecuencias; el cáncer de las paredes uterinas está en el primer caso, el embarazo en el segundo; tanto en uno como en otro caso debemos echar mano de otros recursos para asentar un diagnóstico cierto.

El esquirro de las paredes, que es con el que se puede confundir, es muy raro, pero cuando existe, los dolores agudos que ocasiona, la tendencia á las grandes hemorragias, los antecedentes hereditarios, casi siempre, la existencia del ícor canceroso, la consistencia cartilaginosa que imprime al órgano, el estado caquéctico de las enfermas y su rápida evolución, lo separan por completo de la enfermedad que venimos estudiando. En el embarazo la supresión completa de las reglas, la falta de abundante leucorrea y todos los síntomas sensibles de la gestación, son suficientes para diferenciarlo.

*
* *

Muy poco tenemos que decir del pronóstico en esta enfermedad.

De un modo general se puede afirmar que no es grave, puesto que por sí misma, no solamente no pone en peligro la vida, sino que se puede proporcionar un notable alivio á las pacientes; la gravedad del padecimiento consiste en su larga duración, en que no siempre se obtiene una curación completa, en la constante existencia de sus complicaciones, y sobre todo en el estado general que guarda la enferma. En las mujeres que están próximas á llegar á la edad crítica, se deben abrigar grandes esperanzas de que el útero, al cesar sus funciones, se atrofie y cure de este modo la afección, ó cuando menos produzca alguna mejoría; pero esto no siempre acontece, pues algunas veces persisten los mismos síntomas ó la metrorragia sucede al flujo menstrual agravando notablemente la situación por el debilitamiento exagerado en que caen las enfermas.

No debe olvidarse, al dar un pronóstico favorable, que es imprescindible contar con la docilidad y constancia de la paciente; si se resigna á sujetarse á un tratamiento largo, si observa escrupulosamente las prescripciones del médico y evita todo lo que

le sea nocivo, no vacilaremos en dar un pronóstico benigno.

Estando ligadas las complicaciones á la enfermedad primitiva, y siendo ésta persistente, aquellas también lo serán agravando por su constancia el pronóstico; sin embargo, usando de los medios apropiados á cada caso particular, se podrá salvar á las pacientes del peligro á que están constantemente expuestas.

*
* *

La curación radical no siempre es posible conseguirla; las más veces tenemos que contentarnos con un tratamiento paliativo. Hay dos circunstancias que impiden la curación: la primera es la continua irritación del órgano, ocasionada por el peso de las vísceras abdominales, que tienden á perpetuar la congestión, por el uso ó abuso de las relaciones sexuales en las mujeres casadas, y por la fluxión sanguínea menstrual; la segunda es la interrupción del tratamiento causado por las mismas fluxiones periódicas.

La hipertrofia uterina, lo mismo que la mayor parte de los padecimientos de este órgano, no tiene ninguna tendencia hacia la curación, y por lo mismo entra en la categoría de las enfermedades crónicas; sabemos que cuando este estado es per-

sistente, produce alteraciones profundas en la salud general, de donde se deduce la necesidad de asociar el tratamiento general al tratamiento local; en efecto, es de observación que cuando uno ú otro se emplean aisladamente, sólo se nota mejoría en algunos de los síntomas, mientras los otros conservan su intensidad, no obteniendo resultados satisfactorios sino cuando se atiende á los dos simultáneamente.

I. El reposo absoluto sería muy perjudicial á la enferma, porque además de hacerla sufrir física y moralmente, hace perder el apetito, gasta las fuerzas, y, por la falta de aereación, mantiene el empobrecimiento de la sangre y la debilidad; hay que limitarse á prescribir una diminución en el ejercicio acostumbrado, y en caso de desviación de la matriz, si la marcha ocasiona incomodidad, se sostendrán las vísceras abdominales por medio de la faja hipogástrica. El coito, por la congestión que produce, es algunas veces peligroso, y por lo mismo es necesario proceder con mucha precaución, evitando siempre los abusos. Además, esta proscripción tiene la ventaja de prevenir un embarazo que complicaría más la situación de la enferma.

II. El empobrecimiento de la sangre y la debilidad en la constitución, indican el tratamiento por los tónicos y reconstituyentes; los ferruginosos, las diversas preparaciones de quina y una alimentación nutritiva, llenan estas condiciones.

III. Las emisiones sanguíneas son muy poco usadas; sin embargo, los autores las recomiendan, principalmente la aplicación de sanguijuelas, en los casos de metritis crónica y congestiones antiguas de la matriz.

Colocada la enferma al borde de su lecho ó en una cama especial, y puesto el espejo de manera que abrace perfectamente el cuello uterino, se limpia éste muy bien y se ponen en el instrumento siete sanguijuelas de mediano grosor (no habría lugar para mayor número), teniendo antes la precaución de obturar el orificio con un taponcito de algodón, y si el cuello está ulcerado, después de haberlo protegido con una capa de colodión. Se retienen las sanguijuelas por medio de una bola de algodón que llene completamente el calibre del espejo, teniendo mucho cuidado de que el instrumento esté apoyado contra el cuello, para evitar que las sanguijuelas se escapen entre el espejo y las paredes de la vagina.

Bajo la influencia de la succión, la sangre afluye al cuello y la enferma experimenta una sensación de estiramiento, cuyo punto de partida sería la región hipogástrica, iliaca ó renal, dirigiéndose hacia la vagina. Cuando la sangre aparezca al derredor del tapón, se debe quitar éste é inclinar el espejo para dar fácil salida á los coágulos y esperar ó provocan la caida de las sanguijuelas, teniendo cuidado de contarlas. En caso de hemorragia persistente,

se harán lociones vaginales de agua fria mezclada con vinagre, y si á pesar de este medio no se contiene, se coloca sobre el cuello un poco de algodón embebido de percloruro de fierro, y se hace el taponamiento.

III. La hidroterapia es uno de los medios más útiles que tenemos para el tratamiento general. El objeto principal de la hidroterapia es el enfriamiento y la vuelta del calor á la piel. Fleury dice: "*agua fria y aire caliente:* tales son las bases de la hidroterapia." Para juzgar de las inmensas ventajas del tratamiento hidroterápico, oigamos lo que Courty dice: "Estas alternativas de contracción y de reacción son producidas con ayuda del agua fria, es decir, de un agente que tonifica la economía sin excitarla y que obra sobre la piel, ó lo que es lo mismo, sobre el órgano cuya superficie es mayor, al mismo tiempo que despierta por los movimientos que le imprime, la vitalidad y la energía funcional de todas las vísceras. De aquí resulta que determinan una *revulsión* natural frecuentemente renovada y sobre la mayor superficie posible; que tienen una acción *resolutiva* como todo lo que activa el movimiento nutritivo de composición y descomposición, de reabsorción y de excresión. Resulta todavía que son eminentemente *tónicas* para el órgano enfermo y para toda la economía, y que constituyen una medicación que Aran ha designado por la expresión muy original de reparación general (*remon-*

tement général). En fin, si se tiene cuidado de dirigirlas en ciertos casos, prolongando la impresión del frio de manera que se evite la excitación, pueden ser igualmente *sedativas*."

IV. La medicación resolutiva también tiene su importancia; pueden emplearse el iodo y sus preparaciones, el ioduro de potasio al interior aumentando progresivamente las dosis, desde 10 centígramos hasta 3 gramos por dia, disminuyéndolas en seguida gradualmente y prolongando su uso por algunos meses: es un resolutivo poderoso. Simpson da la preferencia al bromuro de potasio, porque á la vez que resolutivo lo considera sedativo y tónico. En las mujeres herpéticas y en aquellas cuyo enflaquecimiento y languidez hacen progresos incesantes, las preparaciones arsenicales están indicadas porque activan la hematosis y la nutrición. El cuernecillo de centeno por su acción electiva sobre el útero y por sus propiedades hemostáticas, es de los más útiles en el estado hipertrófico de la matriz; en él tenemos un poderoso auxiliar para detener las hemorragias; además, provocando contracciones en el tejido muscular del órgano, ayuda eficazmente á su resolución, estas contracciones pueden llegar hasta la constricción continua que se transforma en acción resolutiva cuando, no habiendo cuerpo extraño, se ejerce sobre la misma matriz, sobre los jugos que la impregnan y sobre los elementos plásticos que están interpuestos en

su tejido, aumentando su volumen y densidad.

V. Para calmar los dolores, las preparaciones de opio son las más usadas; pueden prescribirse bajo la forma de píldoras, supositorios, lavativas laudanisadas ó inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de morfina.

VI. Los vejigatorios, por su acción derivativa y resolutiva, ejercen una marcada influencia sobre la hipertrofia uterina; además, aplicados sobre el cuello se les ha visto producir la curación de leucorreas, rebeldes á cualquiera otro medio; para obtener la vesicación, Gaillard Thomas aconseja barnizar el cuello con colodión vesicante, que está compuesto de colodión ordinario, teniendo cantáridas en suspensión; después de 8 á 12 horas de aplicado, se desprende la capa epitelial y se cura con algodón ó hilas empapadas en glicerina. Como resolutivo ó fundente, Courty da la preferencia á la cauterización actual.

Resumiendo: el reposo, los tónicos y reconstituyentes, la hidroterapia, el iodo, el arsénico, el cuernecillo de centeno y los cáusticos, son los medios de tratamiento de que disponemos para la curación de la hipertrofia uterina; á pesar de ellos no siempre se consigue un éxito completo. Por fortuna no es indispensable obtener su entera resolución para ver volver la salud y procurar á la enferma un grande alivio.

Las complicaciones se tratarán según las reglas

clásicas; toca á la sagacidad del médico llenar con oportunidad las distintas indicaciones que se presenten, recordando que en el vasto terreno de la práctica hay que comprender la inmensa diferencia que existe entre el *enfermo y la enfermedad.*

No puedo concluir este trabajo sin elevar un voto por el enriquecimiento del arte ginecológico, cuya importancia es hoy conocida de todo el mundo médico; la ginecología moderna derrama torrentes de luz sobre las tinieblas que por tan largo tiempo la envolvieron, y en el espíritu de los hombres de ciencia está grabada con profundos caracteres aquella célebre frase: *propter solum uterum, mulier id est quod est.*

México, 1885.

AGUSTÍN GARCÍA.